

参加表明書

令和 年 月 日

社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団
理事長 藪本 訓弘 様

業務名 リハビリテーション中央病院給食業務委託

標記業務の公募型プロポーザルに参加したいので、関係書類を添付して申し込みます。
また、本書の提出に当たり、本書及び別紙会社概要及び受託実績の内容及び件数については事実と相違ないことを誓約します。

参加申込者

住 所

法 人 名

代表者氏名 印

T E L

(様式 1-2)

<会社の概要>

会社・事業所名			
住 所	〒		
代 表 者 氏 名			
近畿圏内事業所等の概要（*本店が近畿圏外の場合の近畿県内の事業所等）			
会社・事業所名			
住 所	〒		
代 表 者 氏 名			
設 立 年 月 日		営 業 年 数	
資本金額（千円）			
従業員数（人）	職員総数	栄養士数	人
		（うち管理栄養士数）	（うち 人）
	人	調理従事者数	人
		（うち調理師免許保有者数）	（うち 人）
担当者（連絡先）	職・氏名		
	T E L		
	F A X		
	Eメール		
地方自治法施行令第167条の4第2項の規定に該当			有 ・ 無
財団法人医療関連サービス振興会から患者給食業務に関する医療関連サービスマークの認定			有 ・ 無
兵庫県暴力団排除条例に規定する暴力団又は暴力団員に該当 または、兵庫県暴力団排除条例施行規則に規定する暴力団及び暴力団員 と密接な関係を有する者に該当			有 ・ 無
業務代行予定者	住所		
	氏名		

(様式 1-3)

<受託実績>

(1) 医療・福祉施設（100床以上）の受託実績のうち数例を記入してください。

会社名					
	契約相手方	病床数	年間食数	契約期間	一部委託・全部委託の別
公的医療施設					
民間医療施設					

(2) 医療機関の受託実績件数を病床数に応じて記入してください。

項目	実績件数
100～299床	件
300床以上	件